

限度額適用
標準負担額減額
限度額適用・標準負担額減額

国民健康保険

認定申請書

被保険者記号・番号							
世帯主	住所						
	氏名		⑨	生年月日	年	月	日
限度額適用減額対象者	氏名			個人番号()			
	世帯主との続柄			生年月日	年	月	日
長期入院	該当・非該当				交通事故等の第三者行為	有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。				入院日数合計(日間)			
①	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
②	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
③	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
④	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					
⑤	申請日の前1年間の入院期間(日数)			年	月	日から	日間
	入院をした保険医療機関等	名称					
		所在地					

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年 月 日

住所

世帯主名
(申請者)

個人番号

電話番号

山形県村山市長 殿

処理欄	認定等	イ 市町村民税非課税証明書	受付番号 (第 号)
		ロ 保護申請却下通知書	交付番号 (第 号)
		ハ 公簿 ()	認定等年月日
		ニ 却下 (理由)	年 月 日
差額支給 有・無		食事療養費標準負担額差額支給台帳発行番号 (第 号)	